

ACCESO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AUTORA

Marianela García

OBSERVATORIO DE JÓVENES, COMUNICACIÓN Y MEDIOS

Facultad de Periodismo y Comunicación Social

Universidad Nacional de La Plata

Argentina

Resumen

Palabras clave

salud
género
sexualidad
adolescencia

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia reconoce la escasez de información sanitaria sistematizada sobre esta población, la cual resulta clave para la promoción de políticas públicas en el marco de los desafíos para el nuevo milenio.

En este contexto, las estrategias sanitarias tejidas por la cartera nacional consisten en favorecer el acceso de los adolescentes a servicios de salud de calidad y brindar herramientas para su atención integral.

Este trabajo propone un primer reconocimiento del campo y una inicial sistematización de la oferta sanitaria para la población adolescente en la provincia de Buenos Aires, a fin de aportar a las estrategias que conlleven a un modelo integral de la salud de los adolescentes, respetuoso de sus derechos y reconocedor de sus capacidades.

PROYECTO

HACIA UN MODELO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES. PRÁCTICAS COMUNICACIONALES Y PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD. AÑO DE INICIO: 2014.

INSCRIPCIÓN

BECAS
Facultad de Periodismo
y Comunicación Social - UNLP

DIRECTORA

Cecilia Ceraso



Esta obra está bajo
una Licencia Creative
Commons Atribución-
NoComercial-SinDerivar
4.0 Internacional.



ACCESO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

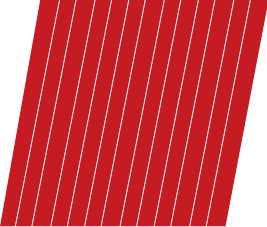
Oferta sanitaria y legislación como
dimensiones políticas de la salud

Introducción

La propuesta general del presente trabajo, contenido en una propuesta de investigación y beca para la iniciación de estudios de posgrado, busca contribuir a la comprensión de las dinámicas comunicacionales en torno a los jóvenes y la salud, sobre el eje de políticas públicas tejidas desde el Gobierno Nacional durante esta última década en propósito de una mejora en el acceso y la inclusión de los adolescentes al sistema sanitario.

El sujeto joven ha sido foco de la implementación de programas que promueven el desarrollo nacional con inclusión social. En esto, la cartera sanitaria no ha sido la excepción. Para ello, se diseñaron diversas estrategias de ampliación de derechos y, entre ellas, la implementación de consultorios diferenciados para adolescentes a fin de mejorar la calidad de acceso de esta población a la salud.

Sobre este eje, la comunicación resulta un campo sustancial para el análisis y mejoramiento de la implementación de dichas estrategias. Esto se debe a que muchas de las barreras identificadas tienen que ver con las limitaciones de los paradigmas médico-hegemónicos y adultocéntricos que relegan los deseos, intereses y demandas de los sujetos juveniles a un segundo plano y que todavía se encuentran presentes en las prácticas sanitarias, entre otras.



Adolescencias, salud y sexualidades. Estado de la cuestión

No hay una sola forma de ser joven, ni adolescente, ni niño. Tampoco resulta muy claro cuándo un niño es adolescente y luego pasa a ser joven, por lo menos desde los estudios sociales. La juventud y adolescencia son configuraciones históricas que responden a lógicas y sentidos orientados a consagrar un estado de cosas, un orden determinado -que se presenta como natural-, por el cual el «ser adolescente» engloba ciertos rasgos y marcas de identidad y no otros.

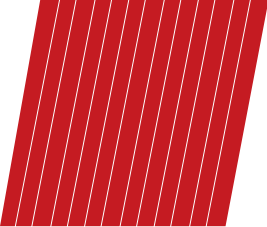
En este sentido, los modos de representar/se a/de las y las adolescentes son construcciones sociales e históricas que resultan como fijaciones temporales de procesos de disputa en un plano de tensión permanente material y simbólico. Como señala Stuart Hall (2003), «las identidades vienen de algún lado, tienen historia, pero también sufren de constante transformación».

Para ello, el término adolescencias, en plural, es admitir que ni el presente ni el futuro tienen un solo camino, un solo «modo de ser». El plural de juventudes y adolescencias implica interrumpir la unidireccionalidad de todo proceso social y cultural.

Sin embargo por sobre estas diversas maneras de ser joven que se reconocen, existe lo que denominamos generación: «los diferentes jóvenes comparten una misma marca epocal, están expuestos a unos mismos hechos históricos, aunque vividos de maneras diferenciales» (Saintout, 2006). Por lo tanto, partimos aquí de la concepción de que no hay un planeta joven por fuera de la historia, sino que éstos, al contrario, se desarrollan en espacios sociales concretos, constituidos por actores con diferentes y desiguales relaciones de fuerza y de sentido entre sí (Saintout, 2010).

A su vez, la significación construida en base a las/los jóvenes se vincula con otras significaciones, que configuran un modo de pensar a los adultos y a los niños. En este sentido, podemos observar diferentes paradigmas que hacen referencia a la adolescencia como un período preparatorio o de transición, como la edad del problema o la rebeldía y como sujetos de derechos (Krauskopf, 1997).

Es sobre este último paradigma desde el cual entendemos a la adolescencia como sujeto colectivo político y social des-



tacado en el marco de las garantías de un Estado de derecho que base su accionar en el desarrollo de políticas públicas con y para la inclusión social. En Argentina, esto comienza a vislumbrarse en el plano jurídico a partir del reconocimiento de la Convención de los Derechos del Niño como normativa de jerarquía constitucional en 1994.

A partir de 2003, luego de una profunda crisis que derivó en una revitalización del rol de Estado, el marco institucional y normativo en el que hasta entonces operaban muchas políticas sociales sufrió importantes modificaciones: la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niños, Niñas y Adolescentes (2005), la Ley 26390 de Erradicación del Trabajo Infantil (2008) y la Ley 26233 sobre los Centros de Desarrollo Infantil (2007), entre otras.

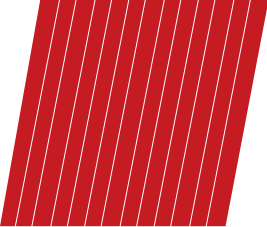
La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que entró en vigor en 1989, inauguró una nueva forma de abordar la infancia y adolescencia al reconocer la posición de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho.

Para la jurisprudencia argentina, los adolescentes son menores de 18 años pero no existe una clara diferenciación con la niñez, distinguiendo sólo en algunas leyes diferencias a partir de los 14 o 16 años con respecto a la infancia. Por otra parte, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se comprende dentro de la edad de 10 a 19, que es la edad que tomaremos como referencia, ya que la oferta de servicios de salud están estructurados según estos parámetros y es desde donde abordaremos los conceptos de sexualidad y embarazo.

Entendemos a la salud como «una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado de otros ámbitos sociales y económicos (...) es sobre todo una realidad social compleja, un proceso social y un proceso político» (Tejada de Rivero, 2003: 8).

Abordar este concepto -desde las ciencias sociales-, exige superar enfoques biomédicos apoyados en el paradigma positivista y médico hegemónico que reducen el concepto de salud a la ausencia de enfermedad.

Entender a la salud como un campo -en concordancia a la propuesta teórica de Pierre Bourdieu (1995)-, implica poder identificar el conflicto, la disputa y la negociación, siempre presentes en los procesos históricos. Este análisis apunta a



reconocer las estrategias desarrolladas por los agentes del campo (portadores de un capital y una posición que ocupan dentro del campo), disputando los poderes de dominación del mundo social.

En la actualidad, el sistema de salud argentino se organiza en: el sector público, el sector de la seguridad social y el sector privado. La convivencia de estos tres sectores genera que esas disputas planteadas por la trayectoria histórica del campo salud y configuradas en el marco de la coyuntura política del Estado-Nación y también del escenario internacional, sean aún más complejas que en otros países del globo donde el sistema se encuentra unificado bajo una lógica específica.

La salud de los adolescentes es en el mundo actual un tema de agenda pública en el que los gobiernos adquieren un protagonismo estratégico. Es considerable que dos de los ocho propósitos planteados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados en el año 2000 por la Naciones Unidas sean especialmente pertinentes en relación con la salud de los jóvenes.

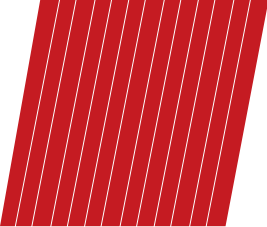
- El ODM 5 aspira a implantar el acceso universal a la salud reproductiva, uno de cuyos indicadores es la tasa de embarazos entre las muchachas de 15 a 19 años.

- El ODM 6 apunta a detener la propagación del VIH/sida, incluye indicadores como una reducción del 25% entre los jóvenes, y mide también la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida.

Diagnóstico inicial en la provincia de Buenos Aires

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, en la Provincia de Buenos Aires hay 2.616.716 adolescentes entre 10 y 19 años. Asimismo, en la Provincia existen alrededor de 2.000 efectores de salud, entre hospitales y centros de salud.

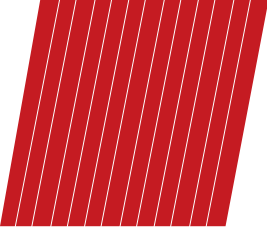
El Proyecto de Adolescencia, perteneciente al Programa SUMAR de la Provincia de Buenos Aires, realizó durante 2013 y 2014 un diagnóstico de los efectores que brindan atención para adolescentes. En el mismo, se identificaron 192 Centros



de Atención Primaria de la Salud (CAPS); 15 Centros de Integración Comunitaria (CIC) y 21 hospitales municipales que a lo largo y a lo ancho de la Provincia de Buenos Aires brindan atención para la población adolescente. Sin embargo, dentro de los 135 municipios en los que se fragmenta la Provincia, sólo se relevaron nueve consultorios diferenciados para adolescentes en CAPS y dos en hospitales municipales. Asimismo, del estudio se desprende que la gran mayoría de los centros de salud de atención primaria realizan consejerías y talleres para población adolescentes de diversas temáticas: adicciones, violencia, violencia de género, derechos en salud, salud sexual y reproductiva, y embarazo adolescente.

Según un artículo elaborado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires (Jaquenod y Rainieri, 2014), el principal motivo de consulta de adolescentes al sistema público de salud tiene relación con la sexualidad. El 57% de las internaciones corresponden a partos normales y complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El embarazo adolescente representa un 23% de las consultas ambulatorias en los servicios públicos de salud. El peso de los efectores públicos en este tema es trascendente: en una encuesta realizada en 1993 el 70% de las adolescentes que habían estado embarazadas dijeron haber realizado su primer control prenatal y su parto en efectores públicos. El 49% de las adolescentes sexualmente activas que han estado embarazadas no utilizan anticonceptivos, cifra que alcanza a 61% en adolescentes sin antecedente de embarazo previo. Los problemas relacionados con la salud reproductiva en la adolescencia, tales como el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual, se relacionan con la mortalidad materna, la mortalidad infantil, las familias numerosas e infecciones derivadas de abortos y la reproducción intergeneracional de la pobreza. Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen los aspectos sociales, antropológicos y psicológicos, la disfunción familiar, la escasa autoestima, la migración de zonas rurales a urbanas, la pobreza y la deserción escolar.

Las tasas de mortalidad de adolescentes son relativamente bajas comparadas con otros grupos de edad, pero han sido consideradas prioritarias por encontrarse enmarcadas dentro de las causas reducibles con medidas sanitarias sencillas. Las tasas marcan una tendencia creciente en los últimos años. Las violencias intencionales y no intencionales (accidentes, homicidios y suicidios) constituyen el 62% de las muertes del grupo (51% entre 10 y 14 años y 66% entre 15 y 19 años) y son un indicador de patologías psicosociales graves



como depresión, maltrato familiar, violencia social y consumos de alcohol y drogas.

Estudios en salud, juventudes y sexualidades

Dentro de los diversos estudios nacionales realizados sobre las juventudes existe un número considerable de producciones que intentan interpretar al sujeto juvenil a través del abordaje del género y las identidades sexuales (Chaves, 2006).

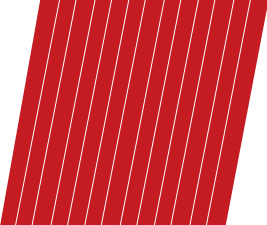
Identidad genérica (o de género) que es la certeza que tiene cada persona de ser hombre o mujer y se considera que esta certeza ya se ha establecido entre los dos o tres años, cuando el/la niño/a reconoce -se identifica con- el género de sus padres, no sobre la base de las diferencias fenotípicas, sino en términos de sus atributos culturales masculinos o femeninos (Duranti, Maullen, Marone y Chamorro en Chaves, 2006).

Siguiendo esta línea, Elizalde sostiene que las configuraciones tejidas sobre el género, responden a una práctica ideológica en donde la clasificación toma un rol activo encasillando a los sujetos en determinados parámetros preestablecidos.

En este sentido,

las instituciones -todas, pero de forma especial, las orientadas a la socialización juvenil- construyen poderosos guiones y pedagogías normalizadoras del género y la sexualidad. Lo hacen a partir tanto de la consagración de «cuerpos legítimos» como de la elaboración de protocolos de disciplinamiento del deseo, de regulación restrictiva de lo masculino y lo femenino, y de la presunción universalizante de la heterosexualidad como puntos de partida de un conjunto más extenso de configuraciones identitarias acerca de la «normalidad» en estos terrenos (Elizalde, 2012).

Dentro de esta lógica dominante heterosexual se sostienen ciertas distinciones físicas y simbólicas que configuran lo que se considera propiamente como «masculino» y lo «femenino», dejando de lado, de esta forma, a otras maneras de configuraciones posibles y expresiones de géneros que quedan invisibilizadas y marginadas. De esta forma, los jóve-



nes quedan estructurados dentro de un mapa georeferencial donde, como sostiene Elizalde, deben cumplir posiciones fijas «localizables».

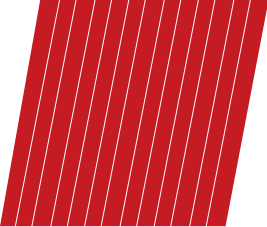
La profundidad de esta práctica es tal que para muchos responsables institucionales el logro de esta fijación identitaria constituye un requisito indispensable y una meta prioritaria de su trabajo pedagógico y de intervención con estos grupos. Conviene advertir, nuevamente, que la ansiedad de los adultos por ubicar y organizar las diferencias sexuales y de género dentro de un orden estable es, con frecuencia, resultado de la misma fuerza represiva de la heteronormatividad (Elizalde, 2012).

Ahora bien, Elizalde también se encarga de dar cuenta de que esta intencionalidad de control de las instituciones no determina por completo las prácticas cotidianas que ocurren en el seno de las mismas, ni la trama de interacciones y sentidos que se elaboran entre sus actores, dando lugar a cierta elaboración propia subjetiva por fuera de la lógica hegemónica.

En su artículo, la investigadora indica de igual manera que en el caso de las mujeres jóvenes -sobre las cuales abundan estudios nacionales representativos (Chaves, 2006)- son abordadas desde las categorías del género, la edad y la sexualidad de dos maneras antagónicas: como «víctimas» (de abusos u hostigamientos de orden sexual, pero también de la publicidad, la moda o el ideal del cuerpo perfecto) o como signo de «alarma» en la medida en que su sexualidad es construida a priori como «provocadora» por «exceso» de exhibición, de acto, y, por lo tanto, como sujetos inscriptos bajo la necesidad de mayor vigilancia y control por parte de padres, educadores y adultos en general (Elizalde, 2012: s/p).

En este sentido, la antropóloga señala que se «suele circunscribir el problema a una cuestión de responsabilidad individual, o de moralidad sexual, en vez de problematizar la relación de las y los jóvenes con sus chances reales de acceder a formas seguras de cuidado y prevención en salud sexual y reproductiva, así como de procesar esta información, y habilitar un lugar subjetivo para el conocimiento de, sobre y a partir de la propia sexualidad» (Elizalde, 2012: s/p).

Estas lógicas que se tejen desde una proyección social hegemónica dominante, funcionan como condicionantes de las propias prácticas de las jóvenes, incluso al momento de iniciar



una relación sexual, muchas veces exponiendo su propia salud. Una investigación publicada por Unicef Argentina señala que en muchos casos no es la falta de conocimiento o información la que impide a las jóvenes sostener una conducta de autocuidado y prevención, sino el pudor y la convicción de que una mujer no puede poner condiciones en la negociación de las relaciones sexuales (Geldstein y Pantelides, 2001).

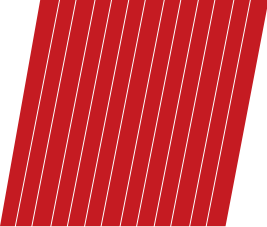
El estudio hace foco en que «allí donde dos personas tienen responsabilidad respecto de la vida y su mutuo cuidado, la total decisión sobre el uso de medios de protección de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados recae sobre una de ellas debido a la fuerza con que se inscriben las imágenes de género en nuestras vidas» (Geldstein y Pantelides, 2001: 6).

En base a esto, Elizalde señala que «no revisar estas presunciones ideológicas cotidianas conlleva el riesgo de borrar la responsabilidad política que nos cabe a los/as investigadores/as en juventud y a quienes trabajan/mos en instituciones que involucran a jóvenes respecto de proponer alguna práctica de transferencia, intervención e incidencia en nuestras instituciones...» (Elizalde, 2012: s/p).

Desde nuestro punto de vista también sería deseable que quienes a través de nuestro trabajo generamos impacto sobre las representaciones de los y las adolescentes, seamos cuidadosos de no reproducir el marco heteronormativo perpetuado en nuestra sociedad.

Por su parte, Alejandro Morlachetti, en el artículo «Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos» de la publicación Notas de Población N.º 85 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, analiza la cuestión de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes desde un enfoque respetuoso de sus derechos humanos y, en especial, reproductivos.

Esta perspectiva se funda en compromisos contraídos por los países de la región, al ratificar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño; entre otros tratados internacionales. El documento integra una selección de aquellos presentados originalmente en la



«Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos» organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la CEPAL en Santiago de Chile en octubre de 2006.

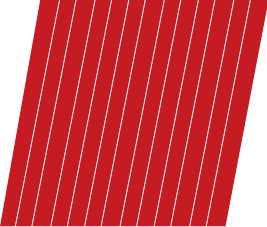
En él, el autor afirma que los adolescentes y jóvenes son «especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella, y a la salud en general, existen numerosos obstáculos. Para lograr hacerlo, ambos grupos, en especial el de los adolescentes, suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales» (Morlachetti, 2007: 67).

En ese sentido, advierte que «muchos de sus problemas de salud están vinculados a situaciones de pobreza y exclusión, dado que estas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud» (Morlachetti, 2007: 67).

Asimismo, asume la diferenciación en las trayectorias de emancipación de los sectores según su estrato socioeconómico como una vinculación redundante entre exclusión social y fecundidad adolescente. Observa avances en el reconocimiento y una mejora cualitativa de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, atribuible a la actual concepción de los derechos humanos, a la equidad social y de género y al empoderamiento de las mujeres y los adolescentes.

Por otro lado, el autor realiza una genealogía del derecho a la salud como derecho humano, puntualizando sobre salud sexual y reproductiva. Así, dimensiona las consecuencias que estos acuerdos internacionales conllevan en el ejercicio de los derechos de los adolescentes y jóvenes. Del mismo modo, considera los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) en el marco de los derechos humanos entendidos como obligaciones de los Estados con respecto a sus ciudadanos, en especial en lo respecta al pleno cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales.

El informe concluye con las implicancias de las políticas públicas con enfoque de derechos. «El enfoque marcado por el



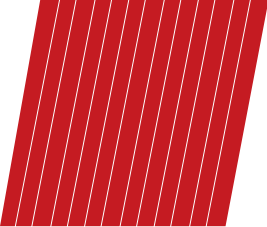
paternalismo y la percepción de riesgo debe ser abandonado para reemplazarlo por un nuevo marco conceptual que reconozca a adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, asegure su libertad y los asuma como actores sociales capaces de formular, implementar y evaluar las políticas que les están destinadas» (Morlachetti, 2007: 84).

Según un informe de UNICEF del 2013, en la Argentina el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes respecto al total de nacimientos no ha tenido grandes variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Al tiempo que remarca, una destacable desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias: Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.

A su vez, el informe señala que Corrientes y Formosa mostraron un ascenso del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes superior al 20%, constituyendo junto a CABA y San Juan, las jurisdicciones con mayor incremento acumulado entre el año 2001 y 2011. «La situación de Formosa es particularmente preocupante porque las mujeres de Formosa tienen 16 veces más riesgo de morir a lo largo de su vida reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que las mujeres que residen en la Ciudad de Buenos Aires», destaca el informe.

Asimismo, UNICEF sostiene que la tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población, y hace una diferenciación entre dos franjas etarias: adolescencia precoz (10 a 14 años) o adolescencia tardía (15 a 19 años). El análisis de este indicador en Argentina muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía.

Por último el informe muestra que en 2011, 36 adolescentes menores de 20 años fallecieron en Argentina por causas vinculadas al embarazo o el parto lo cual representa casi el 12% de la mortalidad materna en nuestro país; y indica que «es importante destacar que de continuar con el ritmo de descenso observado hasta el presente, la RNM -(reducción de la mortalidad materna)- para Argentina para el año 2015 habrá logrado una reducción del 18% en veinticinco años, en lugar del 75% comprometido ante los 193 Estados Miembros de Naciones Unidas».



Desafíos para el futuro

Partimos desde un diagnóstico que revela que el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia reconoce la escasez de información sanitaria sistematizada de esta población, la cual resulta clave para la promoción de políticas públicas en el marco de los desafíos para el nuevo milenio y para el desarrollo de políticas que apunten a la inclusión social.

En este contexto, las estrategias sanitarias tejidas por la cartera nacional consisten en favorecer el acceso de los adolescentes a servicios de salud de calidad y brindar herramientas para la atención integral de los adolescentes, derribando barreras en aquel momento fundamental en el que el efector de salud convoca o recibe al joven.

Estas barreras responden muchas veces al desconocimiento del marco legal que reconoce a los jóvenes como sujetos de derecho con capacidad de autonomía y las implicaciones que esto conlleva. Asimismo, hemos decidido hacer foco en el eje de salud sexual, porque es ahí en donde los profesionales presentan mayores incertidumbres y prejuicios, así como también, es donde encontramos mayor cantidad de restricciones a los derechos otorgados por las Leyes de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescente.

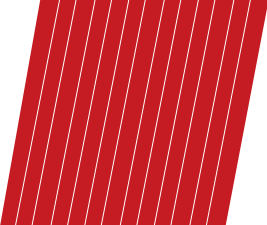
Vemos con preocupación que dentro del relevamiento surja que aún existe un gran número de profesionales y centros de salud en donde los adolescentes (menores de 18 años) no son atendidos si no concurren con un adulto. En este sentido, los derechos de esta población se ven vulnerados.

En este sentido, consideramos necesario la implementación de capacitaciones específicas en materia de juventudes y adolescencias a fin de lograr la plena implementación de las garantías que las leyes les otorgan y de mejorar los indicadores sanitarios específicos de esta población.



Referencias bibliográficas

BOURDIEU, P. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México D.F.: Grijalbo.



CHAVES, M. (2006). *Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales*. Informe del Proyecto Estudio Nacional sobre Juventud en Argentina (IDAES-UNSAM). [Links], 2006.

ELIZALDE, S. (2012). «Normalizar ante todo. Ideologías prácticas sobre la identidad sexual y de género de los/as jóvenes en la dinámica de las instituciones orientadas a la juventud». *Revista Argentina de Estudios de Juventud*, 1 (1).

GELDSTEIN, R. y PANTELIDES, E. (2001). «Riesgo reproductivo en la adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género». UNICEF http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_Riesgoreproductivoadolescencia.pdf

HALL, S. (2003). «¿Quién necesita “identidad”?».

En HALL, S. y DU GAY, P. *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.

JAQUENOD, M. y RAINIERI, F. (2014). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pediatrica/direccion-de-maternidad-infancia-y-adolescencia/>

Ministerio de Salud de la Nación (2007). Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud sobre la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE). [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales[2].pdf)

MORLACHETTI, A. (2007). «Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos». Notas de Población (85). CEPAL http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf

SAINTOUT, F. (2006). *Jóvenes: El futuro llegó hace rato*. La Plata: EPC.

SAINTOUT, F. (comp.) (2010). *Jóvenes Argentinos: Pensar lo Político*. Buenos Aires: Prometeo.

TEJADA DE RIVERO, D. (2003). «Alma Ata: 25 años después». *Revista Perspectivas de Salud*, 8 (1).

